Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym (wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

# Imię i nazwisko ...................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ........................................................................

Adres zamieszkania\* ...........................................................................................................

...........................................................................................................................................

Data urodzenia ...................................................................................................................

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ...........................................

Numer telefonu: ……………………………………………………………………………………………..

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………….

POSIADANE ORZECZENIE \*\*

1. o stopniu niepełnosprawności Numer orzeczenia:
* znacznym  umiarkowanym
* lekkim
1. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I
* II
* III
1.  o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy

 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

egzystencji

1.  o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia
* o niezdolności do samodzielnej

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON \*\*

* Tak (podać rok)……………………..  Nie

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej\*\*  Tak  Nie

Imię i nazwisko opiekuna .................................................................................................

*(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)*

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił

……………………. zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

……………… . Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*

........................................................ ........................................................

*(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

# Wypełnia PCPR

........................................................ ........................................................

*(data wpływu wniosku do PCPR) (pieczęć PCPR i podpis pracownika)*

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko: ............................................................................................................................

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ....................................................................................

Adres zamieszkania: .....................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………………………..

Adres email: …………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia: ............................................................................................................................

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: ..............................................

...................................................................................................................................................... postanowieniem Sądu: .................................................................................................................

......................................................................................................................................................

z dn. ........................................... sygn. Akt\*: ...............................................................................

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: ....................................................

......................................................................................................................................................

z dn. .............................................. repet. nr ...............................................................................

.............................................................. ..............................................................

data podpis

przedstawiciela ustawowego\* opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*

**Informacje uzupełniające do wniosku**

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: .....................................................................................................................................

Adres e-mail: .........................................................................................................................................

............................................................................... ................................................................................

 (data) (podpis)

\* niepotrzebne skreślić